SOS CLÍNICA MÉDICA Y DENTAL

Formulario de inscripción del paciente – Adulto

Nombre del paciente: _____
Apellido Paterno | Nombre | Segundo Nombre

Domicilio: _____
Calle | Apt. # | Ciudad | Código Postal

Número Telefónico ( ) _____ ( ) _____ ( ) _____
Casa | Trabajo | Celular

¿Tiene número de **Seguro Social**? ☐ Sí ☐ No Número de Seguro Social _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino
Mes / Día / Año

Identidad de género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero masculino/ femenino a masculino ☐ Transgénero femenino/ masculino a femenino ☐ Otro ☐ Prefiero no divulgar

Orientación sexual: ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana, gay o homosexual ☐ Bisexual ☐ Otro ☐ No sé ☐ Prefiero no divulgar

Situación de su vivienda: ☐ Propietario ☐ Renta ☐ Motel/Hotel ☐ Carro/Vehículo ☐ Casa Intermedia/Refugio ☐ Albergue para personas sin hogar
☐ Vivienda de transición ☐ Calle ☐ Viviendo con amigos/familia – no pagando renta ☐ Apoyo Permanente de Vivienda ☐ Otro

Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Unión Libre

¿Es Discapacitado? ☐ Sí ☐ No | **¿Fuma?** ☐ Sí ☐ No | **¿Mujer cabeza de familia?** ☐ Sí ☐ No

Nivel de Educación:
☐ No terminó preparatoria ☐ Certificado técnico o equivalente
☐ Se graduó de la preparatoria ☐ Título universitario o superior

Usted es:
¿Trabajador campesino migrante? ☐ Sí ☐ No
¿Trabajador campesino de temporada? ☐ Sí ☐ No

Raza:
☐ Indio Americano /Nativo de Alaska ☐ Blanco(esto incluye Latino O Hispano) ☐ Negro/Africano Americano
☐ Asiático ☐ Nativo Hawaiano ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Más de una raza ☐ prefiero no divulgar

Étnico del Paciente:
☐ No es latino o hispano
☐ Es latino/hispano
☐ Prefiero no divulgar

¿En qué idioma debemos darle información? _____

Contacto de emergencia _____ ( ) _____
Nombre | Relación al paciente | Número de Teléfono

¿Cómo se enteró de la Clínica SOS?: _____

1. ¿Tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No ¿Si marco sí, que seguro tiene? _____
2. ¿Tiene seguro dental? ☐ Sí ☐ No ¿Si marco sí, que seguro tiene? _____
3. ¿Tiene Medi-Cal? ☐ Sí ☐ No ¿Si marco no, ha solicitado? ☐ Sí ☐ No Número de Póliza: _____
4. ¿Tiene MSN? ☐ Sí ☐ No ¿Si marco no, ha solicitado? ☐ Sí ☐ No Número de Póliza: _____

Entiendo que mi información médica / dental es confidencial. Autorizo el intercambio de información entre SOS y cualquier otro proveedor u organizaciones sólo cuando sea necesario para tratamiento, pago u operaciones de servicios médicos. El aviso "Derechos De Los Pacientes y Las Políticas De Confidencialidad" está colocado en nuestra sala de espera, copias están disponibles al pedirlas.

Yo autorizo tratamiento en la clínica SOS. ☐ Sí ☐ No Iniciales_____

Correo electrónico_____
☐ No tengo u opto NO USAR el medio de comunicación electrónica con mi proveedor medico en este momento.

Para tener un diagnóstico dental adecuado puede que necesite un número adecuado de rayos-X. Doy mi consentimiento para la realización de radiografías, según sea necesario para mi tratamiento dental: ☐ Sí ☐ No Iniciales_____

Firma del paciente o tutor legal: **Fecha:**